

Plan Health Pointe Direct Complete (HMO I-SNP) - Plan Medicare Parte D

Crterios de autorizacin previa
Última actualizacin 11/01/2020

Productos afectados

- adapaleno 0,1% crema
- adapaleno 0,3% gel
- avita 0,025% crema
- DIFERINA 0,1% LOCIÓN
- tretinoína 0,01% gel
- tretinoína 0,025% gel
- tretinoína 0,05% crema
- tretinoína 0,1% crema
- adapaleno 0,1% gel
- adapaleno/peróxido de benzoilo 0,1-2,5% gel
- avita 0,025% gel
- EPIDUO 0,3-2,5% GEL
- tretinoína 0,025% crema
- tretinoína 0,04% gel
- tretinoína 0,05% gel
- tretinoína 0,1% gel

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ACTEMRA 162 MG/0,9 ML JERINGA PRECARGADA

—ACTEMRA 162 MG/0,9 ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Enbrel, Humira O Rinvoq. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular: intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel. Para la arteritis de células gigantes: se requiere prueba sin éxito de los corticosteroides.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ACTIMMUNE 2000000 UNIDADES/0,5 ML INYECTABLE (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hematólogo, inmunólogo o especialista en genética.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—alyq 20 mg tabletas

—tadalafil 20 mg tabletas (hipertensión arterial pulmonar)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ADEMPAS 0,5 MG TABLETAS
 —ADEMPAS 1,5 MG TABLETAS
 —ADEMPAS 2,5 MG TABLETAS

—ADEMPAS 1 MG TABLETAS
 —ADEMPAS 2 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Para el diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar, ensayo con uno (1) de los siguientes: Letairis, Opsumit o Tracleer. Para el diagnóstico de hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) persistente/recurrente (grupo 4 de la OMS), no se requiere ensayo de tratamiento previo.

Productos afectados

- AFINITOR 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- AFINITOR 2,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- AFINITOR 5 MG SUSPENSIÓN (solo nuevos inicios)
- AFINITOR 7,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- everolimus 5 mg tabletas (solo nuevos inicios)*
- AFINITOR 2 MG SUSPENSIÓN (solo nuevos inicios)
- AFINITOR 3 MG SUSPENSIÓN (solo nuevos inicios)
- AFINITOR 5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- everolimus 2,5 mg tabletas (solo nuevos inicios)*
- everolimus 7,5 mg tabletas (solo nuevos inicios)*

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ALECENSA 150 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSIÓN

—ALINIA 500 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la diarrea debido a la giardiasis, se requiere una prueba con metronidazol. Para la diarrea debido a la criptosporidiosis, no se requiere prueba con metronidazol.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– ALUNBRIG TABLETAS, KIT DE INICIO (solo nuevos inicios)

– ALUNBRIG 180 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

– ALUNBRIG 30 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

– ALUNBRIG 90 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- APTIOM 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- APTIOM 600 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- APTIOM 400 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- APTIOM 800 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

— ARCALYST 220 MG INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología, especialista en dermatología o inmunólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ARIKAYCE 70,3 MG/ML SOLUCIÓN PARA INHALAR

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro no obtuvo cultivos de esputo negativos después de, al menos, 6 meses de terapia con un régimen de múltiples fármacos para la enfermedad pulmonar MAC.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas o neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

— aripiprazol 1 mg/ml solución oral (solo nuevos inicios)

— aripiprazol 10 mg comprimidos bucodispersables (solo nuevos inicios)

— aripiprazol 15 mg comprimidos bucodispersables (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente no puede tragar las tabletas Y el paciente ha probado sin éxito o no tolera la risperidona en comprimidos bucodispersables o la solución Y la olanzapina en comprimidos bucodispersables o la solución.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—AURYXIA 210 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–AUSTEDO 12 MG TABLETAS

–AUSTEDO 6 MG TABLETAS

–AUSTEDO 9 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para discinesia tardía: El miembro no ha respondido a un cambio o no puede cambiar la terapia antidopaminérgica actual Y tiene una discapacidad funcional debido a la discinesia tardía. Para la corea asociada con la enfermedad de Huntington: El paciente no tolera o fracasó la terapia con tetrabenazina.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo o psiquiatra.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- AYVAKIT 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- AYVAKIT 300 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- AYVAKIT 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- BALVERSA 3 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BALVERSA 5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- BALVERSA 4 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—BAXDELA 450 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—BENLYSTA 200 MG/ML JERINGA PRECARGADA

—BENLYSTA 200 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	El miembro tiene nefritis lúpica activa O lupus del SNC activo severo O el miembro está tomando ciclofosfamida IV u otros productos biológicos.
Información médica requerida	Para la terapia inicial: Se requiere que el miembro tome un corticosteroide concurrente, a menos que esté contraindicado, Y que haya probado sin éxito uno (1) de los siguientes: hidroxicloroquina, metotrexato, azatioprina O micofenolato. Para la terapia de continuación: se requiere documentación de la mejora de la enfermedad.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un reumatólogo o dermatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Para la terapia inicial: El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico activo se define por un valor de ADN anticatenario de más de 30 UI/ml O bajo complemento (C3/C4). Para la terapia de continuación: no se requieren valores de laboratorio.

Productos afectados

—BENZNIDAZOL 100 MG TABLETAS

—BENZNIDAZOL 12,5 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por 3 meses sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- BOSULIF 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BOSULIF 500 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- BOSULIF 400 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—BRAFTOVI 75 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- BRIVIACT 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 10 MG/ML SOLUCI3N ORAL (solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- BRIVIACT 75 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—BRUKINSA 80 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- CABOMETYX 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- CABOMETYX 60 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- CABOMETYX 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CALQUENCE 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CAPLYTA 42 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado sin éxito 2 de los siguientes: a) aripiprazol, b) olanzapina, c) quetiapina, d) risperidona O e) ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CAPRELSA 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—CAPRELSA 300 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un endocrinólogo u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CARBAGLU 200 MG SUSPENSIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–CAYSTON 75 MG SOLUCIÓN PARA INHALAR

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estn excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusin	
Informacin mdica requerida	
Restricciones de edad	
Restriccin del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas o especialista en neumologa.
Duracin de la cobertura	Aprobado por la duracin del ao del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CAPDELGA 84 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en genética clínica y/o un especialista en genética bioquímica médica.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—EMGALITY 100 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El diagnóstico de cefalea en racimos episódica Y ha probado sin éxito con verapamilo.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo o especialista en dolor de cabeza.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Especialista en dolores de cabeza definido como miembro de United Council for Neurologic Subspecialties, American Headache Society, National Headache Foundation o International Headache Society O con certificado de calificación adicional en medicina de la cefalea o un certificado emitido por la American Board of Headache Management.

Productos afectados

–AIMOVIG 140 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 –EMGALIDAD 120 MG/ML JERINGA PRECARGADA

–AIMOVIG 70 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 –EMGALITY 120 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene más de o igual a 4 días de migraña por mes durante los 3 meses anteriores o más Y ha probado sin éxito por 3 meses o más de 2 de las 3 clases de drogas siguientes: anticonvulsivos, agentes vasoactivos, antidepresivos.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo o especialista en dolor de cabeza.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Especialista en dolores de cabeza definido como miembro de United Council for Neurologic Subspecialties, American Headache Society, National Headache Foundation o International Headache Society O con certificado de calificación adicional en medicina de la cefalea o un certificado emitido por la American Board of Headache Management.

Productos afectados

–CHOLBAM 250 MG CÁPULAS

–CHOLBAM 50 MG CÁPULAS

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hepat3logo o gastroenter3logo pedi3trico.
Duraci3n de la cobertura	Inicial ser3 de 3 meses, luego, si se cumplen los criterios aprobados para el resto del a3o del plan.
Otros criterios	La renovaci3n requiere documentaci3n de la funci3n hep3tica estable o mejorada.

Productos afectados

—CIMZIA 200 MG INYECTABLE

—CIMZIA 200 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Rinvoq. Para la espondilitis anquilosante (EA): Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Cosentyx. Para la artritis psoriásica: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx u Otezla. Para la psoriasis en placas: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx, Skyrizi u Otezla. Para la enfermedad de Crohn: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira. Para espondiloartritis axial no radiográfica: Intolerancia o fracaso de la terapia con dos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondiloartritis axial no radiográfica o la espondilitis anquilosante: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la enfermedad de Crohn: Prescrito por o en consulta con un especialista en gastroenterología. Para la psoriasis en placas: Prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—COLCHICINA 0,6 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Si se trata de gota, se requiere una prueba con Mitigare. Si se trata de fiebre mediterránea familiar, no se requiere la prueba con Mitigare.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- COMETRIQ 100 MG PAQUETE DE CARTÓN DE DOSIS DIARIA (solo nuevos inicios)
- COMETRIQ 60 MG PAQUETE DE CARTÓN DE DOSIS DIARIA (solo nuevos inicios)

- COMETRIQ 140 MG PAQUETE DE CARTÓN DE DOSIS DIARIA (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–COPIKTRA 15 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)

–COPIKTRA 25 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo o hemat3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CORLANOR 5 MG TABLETAS
 —CORLANOR 7,5 MG TABLETAS

—CORLANOR 5 MG/5 ML SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente toma la dosis máxima tolerada de betabloqueante o tiene antecedentes de intolerancia documentada, contraindicación o hipersensibilidad al betabloqueante.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en cardiología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—COSENTYX 150 MG/ML JERINGA PRECARGADA

—COSENTYX 150 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la psoriasis en placas: requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O al soriatano. Para la espondilitis anquilosante (EA) o la artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato O sulfasalazina. (O es necesaria la prueba con metotrexato o sulfasalazina para la EA con afectación axial predominante).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la psoriasis en placas: Prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—COTELLIC 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CYSTARAN 0,44% SOLUCIÓN OFTALMOLÓGICA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento de la acumulación de cristales de cistina en la córnea en pacientes con cistinosis.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oftalmólogo o médico genetista.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—dalfampridina 10 mg er tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—DAURISMO 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—DAURISMO 25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—DOPTELET 20 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la trombocitopenia con enfermedad hepática crónica y programada para someterse a un procedimiento: El miembro tiene un recuento de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50.000 plaquetas por microlitro.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para trombocitopenia inmunitaria crónica: Prescrito por o en consulta con un hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—dronabinol 10 mg cápsulas

—dronabinol 2,5 mg cápsulas

—dronabinol 5 mg cápsulas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico de pérdida del apetito debido al SIDA O náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para hacer la determinación, es posible que haya que presentar información que describa el uso del medicamento y las condiciones establecidas.

Productos afectados

–DUPIXENT 200 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 –DUPIXENT 300 MG/2 ML JERINGA PRECARGADA

–DUPIXENT 300 MG/2 ML JERINGA PRECARGADA
 (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la dermatitis atópica: Intolerancia o fracaso de la terapia de dos (2) de los siguientes: un esteroide tópico de potencia media a muy alta, un inhibidor tópico de la calcineurina O un inmunosupresor oral. Para el asma: El profesional que receta certifica que el miembro tiene antecedentes, en el último año, de al menos 1 exacerbación del asma que requiere uno de los siguientes: tratamiento con corticosteroides sistémicos O visita al departamento de emergencias u hospitalización. Para pólipos nasales: Intolerancia o fracaso de la terapia de los dos siguientes: un corticosteroide oral Y un corticosteroide nasal.
Restricciones de edad	Para la dermatitis atópica: El miembro debe ser mayor de 6 años. Para el asma: El miembro debe ser mayor de 12 años. Para pólipos nasales: El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un alergista, inmunólogo, neumólogo, dermatólogo u otorrinolaringólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Otros criterios	<p>Para la dermatitis atópica: el miembro tiene dermatitis atópica moderada a grave definida como: 1) una superficie corporal afectada del 10 por ciento o más O documentación gráfica de la gravedad en las zonas afectadas del rostro, cabeza, cuello, manos, pies, ingle o áreas intertriginosas. 2) Al menos dos (2) de los siguientes: prurito intratable (picazón), agrietamiento y supuración/sangrado de la piel O problemas para realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Para el asma: El miembro tiene asma moderada a grave con un fenotipo de eosinófilo (concentración de eosinófilos sanguíneos basal documentada mayor o igual a 150 células/ml) O el miembro tiene asma oral y es dependiente de corticosteroides. Para pólipos nasales: poliposis nasal bilateral confirmada con tomografía computarizada sinusal Y el médico certifica los síntomas moderados a severos de congestión nasal, bloqueo u obstrucción (como pérdida del olfato, rinorrea o dolor facial).</p>

Productos afectados

- ENBREL 25 MG INYECTABLE
- ENBREL 25 MG/0,5 ML JERINGA
- ENBREL 50 MG/ML SURECLICK INYECTABLE
- ENBREL 25 MG/0,5 ML INYECTABLE
- ENBREL 50 MG/ML CARTUCHO
- ENBREL 50 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 20 mg/semana. Para la artritis idiopática juvenil: requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana. Para la psoriasis en placas: requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O al soriatano. Para la espondilitis anquilosante (EA) o la artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato o sulfasalazina. (No se requiere prueba con metotrexato o sulfasalazina para la EA con afectación axial predominante).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil o espondilitis anquilosante: prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la psoriasis en placas: Prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ENDARI 5000 MG POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por, o en consulta con un hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SOFOSBUVIR/VELPATASVIR 400-100 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente es diagnosticado con infección crónica por VHC (más de 6 meses) con el genotipo indicado 2) Título actual de ARN-VHC 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos contra la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo, especialista en enfermedades infecciosas o en trasplantes.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 12 semanas.
Otros criterios	El régimen de tratamiento se aprobará sobre la base del genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definido por las pautas actuales de AASLD.

Productos afectados

—EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de al menos 1 medicamento antiepiléptico fue ineficaz o no se toleró.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ERIVEDGE 150 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se requiere un ensayo de Odomzo para el carcinoma basocelular avanzado localmente.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o dermatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ERLEADA 60 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o urólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- FANAPT PAQUETE PARA AJUSTE DE LA DOSIS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 2 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 6 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- FANAPT 1 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 12 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 4 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FANAPT 8 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado sin éxito o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—FARYDAK 10 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—FARYDAK 20 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—FASENRA 30 MG/ML JERINGA PRECARGADA

—FASENRA 30 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Recuento de eosinófilos en sangre periférica mayor o igual a 150 células por microlitro. Antecedentes de una (1) o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados en dosis altas más un controlador o controladores adicional(es). Se hace una excepción para pacientes con intolerancia o contraindicación a corticosteroides inhalados en dosis altas y controlador(es) adicional(es).
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 12 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en alergia, inmunólogo o especialista pulmonar.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—FERRIPROX 100 MG/ML SOLUCIÓN ORAL
 —FERRIPROX 500 MG TABLETAS

—FERRIPROX 1000 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por, o en consulta con un hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—FINTEPLA 2,2 MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de al menos 1 medicamento antiepiléptico fue ineficaz o no se toleró.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—FIRMAGON 120 MG INYECTABLE (solo nuevos inicios)

—FIRMAGON 80 MG INYECTABLE (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o urólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- FYCOMPA 0,5 MG/ML SUSPENSIÓN (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 12 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 4 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 8 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 2 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- FYCOMPA 6 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—GALAFOLD 123 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de que el miembro tiene una variante del gen alfa de galactosidasa (GLA).
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 16 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico genetista o un médico especializado en el tratamiento de la enfermedad de Fabry.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—GATTEX 5 MG INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Dependiente de nutrición parenteral por al menos 12 meses y un mínimo de 3 días a la semana.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—GILOTRIF 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—GILOTRIF 30 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—GILOTRIF 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- GENOTROPIN 0,2 MG JERINGA
- GENOTROPIN 0,6 MG JERINGA
- GENOTROPIN 1 MG JERINGA
- GENOTROPIN 1,2 MG JERINGA
- GENOTROPIN 1,6 MG JERINGA
- GENOTROPIN 2 MG JERINGA
- GENOTROPIN 0,4 MG JERINGA
- GENOTROPIN 0,8 MG JERINGA
- GENOTROPIN 12 MG CARTUCHO
- GENOTROPIN 1,4 MG JERINGA
- GENOTROPIN 1,8 MG JERINGA
- GENOTROPIN 5 MG CARTUCHO

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Los criterios para la aprobación del tratamiento con hormonas de crecimiento en adultos requieren el diagnóstico del síndrome de deficiencia de somatotropina (determinado por no estimular la secreción de la hormona de crecimiento (nivel máximo de GH de 10 mcg/L o menos) mediante una de las pruebas de estímulo aceptables). Esto puede incluir adultos que de niños tenían deficiencia de la hormona de crecimiento o adultos con una enfermedad conocida de la glándula pituitaria.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- BERINERT 500 UNIDADES INYECTABLES
- HAEGARDA 2000 UNIDADES INYECTABLE
- icatibant 10 mg/ml jeringa*
- TAKHZYRO 300 MG/2 ML INYECTABLE
- CINRYZE 500 UNIDADES INYECTABLES
- HAEGARDA 3000 UNIDADES INYECTABLE
- RUCONEST 2100 UNIDADES INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—HETLIOZ 20 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente está totalmente ciego.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–JUXTAPID 10 MG CÁPSULAS
 –JUXTAPID 30 MG CÁPSULAS
 –JUXTAPID 5 MG CÁPSULAS

–JUXTAPID 20 MG CÁPSULAS
 –JUXTAPID 40 MG CÁPSULAS
 –JUXTAPID 60 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LDL no tratada mayor que 500 mg/dL O LDL tratada mayor o igual a 300 mg/dL. Uso concurrente de la dosis máxima de estatina (atorvastatina o rosuvastatina) y otro agente hipolipemiante (incluir fechas y motivos de la interrupción). Para pacientes con intolerancia a la estatina, no se requiere el uso concurrente de la dosis máxima de estatina. Documentación de la tabla que muestra el panel de lípidos completo más reciente, incluido Apo-B en los últimos 12 meses.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un lipidólogo, cardiólogo o un endocrinólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- amitriptilina 10 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- amitriptilina 150 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- amitriptilina 50 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- clomipramina 25 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- clomipramina 75 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- desipramina 100 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- desipramina 25 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- desipramina 75 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- doxepina 10 mg/ml soluci3n oral (solo nuevos inicios)
- DOXEPINA 150 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- doxepina 50 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 100 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 150 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- imipramina 10 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- imipramina 50 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- paroxetina 12,5 mg tabletas de liberaci3n prolongada (solo nuevos inicios)
- paroxetina 25 mg tabletas de liberaci3n prolongada (solo nuevos inicios)
- paroxetina 37,5 mg tabletas de liberaci3n prolongada (solo nuevos inicios)
- PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSIÓN (solo nuevos inicios)
- amitriptilina 100 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- amitriptilina 25 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- amitriptilina 75 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- AMOXAPINE 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- clomipramina 50 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- desipramina 10 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- desipramina 150 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- desipramina 50 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- doxepina 10 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- doxepina 100 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- doxepina 25 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- doxepina 75 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 125 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- pamoato de imipramina 75 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- imipramina 25 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- paroxetina 10 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- paroxetina 20 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- paroxetina 30 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- paroxetina 40 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- PEXEVA 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- PEXEVA 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- PEXEVA 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- protriptilina 5 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- trimipramina 25 mg cápsulas (solo nuevos inicios)

- PEXEVA 30 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- protriptilina 10 mg tabletas (solo nuevos inicios)
- trimipramina 100 mg cápsulas (solo nuevos inicios)
- trimipramina 50 mg cápsulas (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere prueba sin éxito de uno de los siguientes: ISRS (sin incluir paroxetina), IRSN O bupropión. Para el diagnóstico de enuresis nocturna, no se requiere prueba sin éxito de otros agentes.
Restricciones de edad	Se requiere autorización previa para miembros de 65 años o más.
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—disopiramida 100 mg cápsulas

—NORPACE 100 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN
 PROLONGADA

—disopiramida 150 mg cápsulas

—NORPACE 150 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN
 PROLONGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere prueba sin éxito de uno de los siguientes: betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio O flecainida.
Restricciones de edad	Se requiere autorización previa para miembros de 65 años o más.
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- HUMIRA KIT PEDIÁTRICO DE INICIO PARA ENFERMEDAD DE CROHN JERINGA (2) 40 MG/0,4 ML 80 MG/0,8 ML
- HUMIRA PLUMA - KIT DE INICIO PARA ENFERMEDAD DE CROHN 40 MG/0,8 ML INYECTABLE
- HUMIRA PLUMA - KIT DE INICIO PARA PSORIASIS 40 MG/0,8 ML INYECTABLE
- HUMIRA 10 MG/0,1 ML JERINGA
- HUMIRA 20 MG/0,2 ML JERINGA
- HUMIRA 40 MG/0,4 ML PLUMA INYECTABLE
- HUMIRA 40 MG/0,8 ML JERINGA PRECARGADA
- HUMIRA KIT DE INICIO PEDIÁTRICO PARA ENFERMEDAD DE CROHN (3) 80 MG/0,8 ML INYECTABLE
- HUMIRA PLUMA - KIT DE INICIO PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN 80 MG/0,8 ML INYECTABLE
- HUMIRA PLUMA - KIT DE INICIO PARA PSORIASIS 80 MG/0,8 ML INYECTABLE
- HUMIRA 10 MG/0,2 ML JERINGA
- HUMIRA 20 MG/0,4 ML JERINGA
- HUMIRA 40 MG/0,4 ML JERINGA
- HUMIRA 40 MG/0,8 ML JERINGA

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 20 mg/semana. Para la artritis idiopática juvenil: requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana. Para la psoriasis en placas: requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O al soriatano. Para la espondilitis anquilosante (EA) o la artritis psoriásica: Requiere fracaso o intolerancia al metotrexato o sulfasalazina. (No se requiere prueba con metotrexato o sulfasalazina para la EA con afectación axial predominante). Para la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn: requiere fracaso o intolerancia a uno de los siguientes: corticosteroides, azatioprina, metotrexato O 6-mercaptopurina. Para hidradenitis supurativa (HS): el paciente debe tener al menos 3 quistes Y el fracaso de la terapia con al menos un (1) antibiótico oral. Para la uveítis: Se requiere fracaso o intolerancia a la terapia con un corticosteroide Y un inmunosupresor (metotrexato, micofenolato mofetilo, azatioprina O ciclosporina).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil o espondilitis anquilosante: prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la psoriasis en placas y la hidradenitis supurativa (HS): prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología. Para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa: Prescrito por, o en consulta con un especialista en gastroenterología. Para la uveítis: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología O un oftalmólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- IBRANCE 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- IBRANCE 125 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- IBRANCE 75 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- IBRANCE 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- IBRANCE 125 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- IBRANCE 75 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ICLUSIG 15 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—ICLUSIG 45 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—IDHIFA 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—IDHIFA 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de la mutación IDH2 detectada por una prueba aprobada por la FDA.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- IMBRUVICA 140 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 280 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 560 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- IMBRUVICA 140 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 420 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- IMBRUVICA 70 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo, hematólogo o especialista en trasplantes.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—INCRELEX 40 MG/4 ML INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento a largo plazo de problemas de crecimiento en niños con déficit primario grave del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) (IGFD primario) o con delección del gen de la hormona del crecimiento (GH) que han desarrollado anticuerpos neutralizantes de la GH.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—INGREZZA 40 MG CÁPSULAS

—INGREZZA 80 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro no ha respondido a un cambio o no puede cambiar la terapia antidopaminérgica actual Y tiene una discapacidad funcional debido a la discinesia tardía.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo o psiquiatra.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—INLYTA 1 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—INLYTA 5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—INQOVI PAQUETE DE 5 TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—INREBIC 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hematólogo o un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—paliperidona 1,5 mg tabletas de liberación prolongada
 (solo nuevos inicios)

—paliperidona 3 mg tabletas de liberación prolongada
 (solo nuevos inicios)

—paliperidona 6 mg tabletas de liberación prolongada
 (solo nuevos inicios)

—paliperidona 9 mg tabletas de liberación prolongada
 (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la esquizofrenia, el paciente probó sin éxito o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. No se requieren ensayos previos con agentes para el trastorno esquizoafectivo.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ESBRIET 267 MG CÁPSULAS
 —ESBRIET 801 MG TABLETAS
 —OFEV 150 MG CÁPSULAS

—ESBRIET 267 MG TABLETAS
 —OFEV 100 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico definitivo de fibrosis pulmonar idiopática definido por lo siguiente: Se desconoce la causa de la fibrosis pulmonar Y una de las siguientes: A. Biopsia pulmonar quirúrgica que revela patrón histopatológico de neumonía intersticial no específica (NINE) B. La tomografía computarizada de alta resolución indica un patrón de NINE definitivo C. La tomografía computarizada de alta resolución indica un patrón de posible NINE Y la biopsia pulmonar quirúrgica revela un patrón histopatológico de probable NINE. Para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica (SSc-ILD) (solo nintedanib): Requiere intolerancia o fracaso de la terapia con micofenolato Y diagnóstico de SSc-ILD con documentación de tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) y pruebas de función pulmonar (PFT), incluida la capacidad vital forzada (FVC) y la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	No se usará en combinación con otros medicamentos utilizados para tratar la FPI.

Productos afectados

–IRESSA 250 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—itraconazol 100 mg cápsulas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la onicomicosis, debe fallar la terbinafina.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, especialista pulmonar o especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado para 6 meses.
Otros criterios	

Productos afectados

- BIVIGAM 5 G/50 ML INYECTABLE
- GAMMAGARD 10 G INYECTABLE
- GAMMAGARD 5 G INYECTABLE
- GAMMAPLEX 10 G/100 ML INYECTABLE
- GAMMAPLEX 20 G/200 ML INYECTABLE
- GAMUNEX 1 G/10 ML INYECTABLE
- OCTAGAM 25 G/500 ML INYECTABLE
- PANZYGA 10 G/100 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- PANZYGA 2,5 G/25 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- PANZYGA 5 G/50 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- FLEBOGAMMA 10% INYECTABLE
- GAMMAGARD 2,5 G/25 ML INYECTABLE
- GAMMAKED 1 G/10 ML INYECTABLE
- GAMMAPLEX 10 G/200 ML INYECTABLE
- GAMMAPLEX 5 G/50 ML INYECTABLE
- OCTAGAM 2 G/20 ML INYECTABLE
- PANZYGA 1 G/10 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- PANZYGA 20 G/200 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- PANZYGA 30 G/300 ML SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- PRIVIGEN 20 G/200 ML INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	La aprobación se basará en la determinación de cobertura BvD.

Productos afectados

- JAKAFI 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- JAKAFI 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- JAKAFI 5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- JAKAFI 15 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- JAKAFI 25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hematólogo o un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- JYNARQUE 15 MG TABLETAS
- JYNARQUE 30 MG TABLETAS
- JYNARQUE 45/15 PAQUETE PARA TRATAMIENTO
- JYNARQUE 90/30 PAQUETE PARA TRATAMIENTO
- JYNARQUE 15/15 MG PAQUETE
- JYNARQUE 30/15 MG PAQUETE
- JYNARQUE 60/30 PAQUETE PARA TRATAMIENTO

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene un eGFR de 25 ml/min/1,73 m ² o más.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un nefrólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–KALYDECO 150 MG TABLETAS

–KALYDECO 25 MG GRÁNULOS

–KALYDECO 50 MG PAQUETE DE GRÁNULOS

–KALYDECO 75 MG PAQUETE DE GRÁNULOS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–KEVZARA 150 MG/1,14 ML JERINGA PRECARGADA
 –KEVZARA 200 MG/1,14 ML JERINGA PRECARGADA

–KEVZARA 150 MG/1,14 ML JERINGA PRECARGADA
 –KEVZARA 200 MG/1,14 ML JERINGA PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Rinvoq.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- KISQALI 200 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA
 (solo nuevos inicios)
- KISQALI 600 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA
 (solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA 400 MG PAQUETE COMBINADO
 TABLETAS (solo nuevos inicios)

- KISQALI 400 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA
 (solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA 200 MG PAQUETE COMBINADO
 TABLETAS (solo nuevos inicios)
- KISQALI/FEMARA 600 MG PAQUETE COMBINADO
 TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—KORLYM 300 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—KOSELUGO 10 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—KOSELUGO 25 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de las notas de la tabla que indica una enfermedad inoperable y sintomática.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—KUVAN 100 MG POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL
 —KUVAN 500 MG POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL

—KUVAN 100 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para continuar la terapia, el paciente debe haber mostrado una caída del 20% en los niveles de fenilalanina después de 2 meses de tratamiento con Kuvan.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico genetista o médico especialista en metabolismo.
Duración de la cobertura	Aprobación inicial de 3 meses; luego, si se cumplen los criterios, se aprueba para el resto del año del contrato.
Otros criterios	

Productos afectados

- LENVIMA (10) PAQUETE 10 MG (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (14) PAQUETE (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (20) PAQUETE 10 MG (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (4) PAQUETE 4 MG (solo nuevos inicios)

- LENVIMA (12) PAQUETE 4 MG (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (18) PAQUETE (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (24) PAQUETE (solo nuevos inicios)
- LENVIMA (8) PAQUETE 4 MG (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—*ambrisentan 10 mg tabletas*

—*ambrisentan 5 mg tabletas*

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—LEUKINE 250 MCG INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Prueba o intolerancia a filgrastim-sndz (Zarxio) Y tbo-filgrastim (Granix).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—lidocaína 5% parche

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no están excluidas de la Parte D. Control del dolor neuropático asociado con neuropatía periférica diabética y neuralgia posherpética.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Prueba sin éxito de gabapentina por cuatro semanas o más.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—lidocaína 5% pomada

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Prueba sin éxito de lidocaína tópica 2% gel.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—LINZESS 145 MCG CÁPSULAS
—LINZESS 72 MCG CÁPSULAS

—LINZESS 290 MCG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—LONSURF 15-6,14 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—LONSURF 20-8,19 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—LORBRENA 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—LORBRENA 25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—LYNPARZA 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—LYNPARZA 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—MAVYRET 100-40 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente es diagnosticado con infección crónica por VHC (más de 6 meses) con el genotipo indicado 2) Título actual de ARN-VHC 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos contra la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe tener 12 años de edad o más, o pesar al menos 45 kg.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo, médico especialista en enfermedades infecciosas o médico especialista en trasplantes.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 8 a 16 semanas. Aplicado de acuerdo con las pautas vigentes de AASLD-IDSA.
Otros criterios	El régimen de tratamiento se aprobará sobre la base del genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definido por las pautas actuales de AASLD.

Productos afectados

—acetato de megestrol 125 mg/ml suspensión

—acetato de megestrol 40 mg/ml suspensión

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—acetato de megestrol 20 mg tabletas (solo nuevos inicios)

—acetato de megestrol 40 mg tabletas (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—MEKINIST 0,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—MEKINIST 2 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—MEKTOVI 15 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—MOVANTIK 12,5 MG TABLETAS

—MOVANTIK 25 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- ABELCET 5 MG/ML INYECTABLE
- acetilcisteína 20% solución para inhalar*
- albuterol 0,21 mg/ml (0,63 mg/3 ml) solución para inhalar*
- albuterol 0,83 mg/ml (0,083%) solución para inhalar*
- AMBISOME 50 MG INYECTABLE
- AMINOSYN-PF 7% INYECTABLE
- aprepitant 125 mg cápsulas*
- aprepitant 40 mg cápsulas*
- ARANESP 10 MCG/0,4 ML JERINGA
- ARANESP 100 MCG/0,5 ML JERINGA
- ARANESP 200 MCG/ML INYECTABLE
- ARANESP 25 MCG/ML INYECTABLE
- ARANESP 300 MCG/ML INYECTABLE
- ARANESP 40 MCG/ML INYECTABLE
- ARANESP 500 MCG/ML JERINGA
- ARANESP 60 MCG/0,3 ML JERINGA
- ASTAGRAF 1 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- AZASAN 100 MG TABLETAS
- azatioprina 50 mg tabletas*
- budesonida 0,25 mg/ml solución para inhalar*
- calcitriol 0,00025 mg cápsulas*
- calcitriol 0,001 mg/ml solución oral*
- acetilcisteína 10% solución para inhalar*
- aciclovir 50 mg/ml inyectable*
- albuterol 0,417 mg/ml (1,25 mg/3 ml) solución para inhalar*
- albuterol 1 mg/ml (0,5%) solución para inhalar*
- AMINOSYN II 10% INYECTABLE
- ANFOTERICINA B 50 MG INYECTABLE
- aprepitant 125 mg/80 mg paquete*
- aprepitant 80 mg cápsulas*
- ARANESP 100 MCG/ML INYECTABLE
- ARANESP 150 MCG/0,3 ML JERINGA
- ARANESP 200 MCG/0,4 ML JERINGA
- ARANESP 25 MCG/0,42 ML JERINGA
- ARANESP 300 MCG/0,6 ML JERINGA
- ARANESP 40 MCG/0,4 ML JERINGA
- ARANESP 60 MCG/ML INYECTABLE
- ASTAGRAF 0,5 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- ASTAGRAF 5 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- AZASAN 75 MG TABLETAS
- budesonida 0,125 mg/ml solución para inhalar*
- budesonida 0,5 mg/ml solución para inhalar*
- calcitriol 0,0005 mg cápsulas*
- cinacalcet 30 mg tabletas*

- cinacalcet 60 mg tabletas*
- CLINIMIX E 2,75/5 INYECTABLE
- CLINIMIX E 4,25/5 INYECTABLE
- CLINIMIX E 5/20 INYECTABLE
- CLINIMIX 4,25/5 INYECTABLE
- CLINIMIX 5/20 INYECTABLE
- cromoglicato de sodio 10 mg/ml solución para inhalar*
- CICLOFOSFAMIDA 50 MG CÁPSULAS
- ciclosporina modificada 100 mg/ml solución oral*
- CICLOSPORINA MODIFICADA 50 MG CÁPSULAS
- ciclosporina 25 mg cápsulas*
- doxercalciferol 0,0005 mg cápsulas*
- doxercalciferol 0,0025 mg cápsulas*
- ENGERIX-B 20 MCG/ML
JERINGA
- ENVARBUS 1 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- everolimus 0,25 mg tabletas*
- everolimus 0,75 mg tabletas*
- FREAMINE 6,9% INYECTABLE
- gengraf 100 mg/ml solución oral*
- glucosa 10% inyectable*
- GLUCOSA 100 MG/ML/CLORURO DE SODIO
0,0769 MEQ/ML INYECTABLE
- heparina sódica de origen porcino 1000 unidades/ml inyectable*
- heparina sódica de origen porcino 20000 unidades/ml inyectable*
- HEPATAMINA 8% INYECTABLE
- cinacalcet 90 mg tabletas*
- CLINIMIX E 4,25/10 INYECTABLE
- CLINIMIX E 5/15 INYECTABLE
- CLINIMIX 4,25/10 INYECTABLE
- CLINIMIX 5/15 INYECTABLE
- clinisol 15% inyectable*
- CICLOFOSFAMIDA 25 MG CÁPSULAS
- ciclosporina modificada 100 mg cápsulas*
- ciclosporina modificada 25 mg cápsulas*
- ciclosporina 100 mg cápsulas*
- TOXOIDE DIFTÉRICO/TETÁNICO INYECTABLE
- doxercalciferol 0,001 mg cápsulas*
- ENGERIX-B 10 MCG/0,5 ML JERINGA
- ENVARBUS 0,75 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN
PROLONGADA
- ENVARBUS 4 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- everolimus 0,5 mg tabletas*
- FIASP 100 UNIDADES/ML INYECTABLE
- gengraf 100 mg cápsulas*
- gengraf 25 mg cápsulas*
- GLUCOSA 100 MG/ML/CLORURO DE SODIO
0,0342 MEQ/ML INYECTABLE
- granisetron 1 mg tabletas*
- heparina sódica de origen porcino 10000 unidades/ml inyectable*
- heparina sódica de origen porcino 5000 unidades/ml inyectable*
- HUMULIN R 500 UNIDADES/ML INYECTABLE

- IMOVAX 2,5 UNIDADES/ML INYECTABLE
- bromuro de ipratropio 0,02% solución para inhalar
- levalbuterol 0,31 mg solución para inhalar
- levalbuterol 1,25 mg solución para inhalar
- levocarnitina 100 mg/ml solución oral
- MEDROL 2 MG TABLETAS
- metilprednisolona 32 mg tabletas
- metilprednisolona 8 mg tabletas
- micofenolato de mofetilo 250 mg cápsulas
- ácido micofenólico 180 mg tabletas de liberación retardada
- NEBUPENT 300 MG SOLUCIÓN PARA INHALAR
- NOVOLOG 100 UNIDADES/ML INYECTABLE
- ondansetrón 0,8 mg/ml solución oral
- ondansetrón 4 mg comprimidos bucodispersables
- ondansetrón 8 mg comprimidos bucodispersables
- paricalcitol 0,001 mg cápsulas
- paricalcitol 0,004 mg cápsulas
- plenamina 15% inyectable
- prednisolona 10 mg comprimidos bucodispersables
- PREDNISOLONA 3 MG/ML SOLUCIÓN ORAL
- prednisona 1 mg tabletas
- prednisona 10 mg tabletas
- prednisona 2,5 mg tabletas
- PREDNISONA 5 MG/ML SOLUCIÓN ORAL
- intralípido 200 mg/ml inyectable
- ipratropio/albuterol 0,5-2,5 mg/3 ml solución para inhalar
- levalbuterol 0,63 mg solución para inhalar
- levalbuterol 2,5 mg solución para inhalar
- levocarnitina 330 mg tabletas
- metilprednisolona 16 mg tabletas
- metilprednisolona 4 mg tabletas
- micofenolato de mofetilo 200 mg/ml suspensión
- micofenolato de mofetilo 500 mg tabletas
- ácido micofenólico 360 mg tabletas de liberación retardada
- NEFRAMINA 5,4% INYECTABLE
- nutrilipid 20% solución intravenosa
- ondansetrón 24 mg tabletas
- ondansetrón 4 mg tabletas
- ondansetrón de 8 mg tabletas
- paricalcitol 0,002 mg cápsulas
- isetionato de pentamidina 50 mg/ml solución para inhalar
- prednisolona 1 mg/ml solución oral
- prednisolona 15 mg comprimidos bucodispersables
- prednisolona 30 mg comprimidos bucodispersables
- PREDNISONA 1 MG/ML SOLUCIÓN ORAL
- prednisona 20 mg tabletas
- prednisona 5 mg tabletas
- PREDNISONA 50 MG TABLETAS

- PREMASOL 10% INYECTABLE
- PROGRAF 0,2 MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- PROSOL 20% INYECTABLE
- RBAVERT 2,5 UNIDADES/ML INYECTABLE
- RECOMBIVAX 10 MCG/ML JERINGA
- RECOMBIVAX 5 MCG/0,5 ML JERINGA
- RETACRIT 2000 UNIDADES/ML INYECTABLE
- RETACRIT 4000 UNIDADES/ML INYECTABLE
- SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUCIÓN ORAL
- sirolimus 1 mg tabletas*
- sirolimus 2 mg tabletas*
- tacrolimus 1 mg cápsulas*
- TDVAX 4-4 UNIDADES/ML INYECTABLE
- NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL CON ELECTROLITOS INYECTABLE
- TROFAMINA 10% INYECTABLE
- ZORTRESS 0,25 MG TABLETAS
- ZORTRESS 0,75 MG TABLETAS
- PROCALAMINA 3% INYECTABLE
- PROGRAF 1 MG PAQUETE DE GRÁNULOS
- PULMOZIMA 1 MG/ML SOLUCIÓN PARA INHALAR
- RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML INYECTABLE
- RECOMBIVAX 40 MCG/ML INYECTABLE
- RETACRIT 10000 UNIDADES/ML INYECTABLE
- RETACRIT 3000 UNIDADES/ML INYECTABLE
- RETACRIT 40000 UNIDADES/ML INYECTABLE
- sirolimus 0,5 mg tabletas*
- sirolimus 1 mg/ml solución oral*
- tacrolimus 0,5 mg cápsulas*
- tacrolimus 5 mg cápsulas*
- TENIVAC JERINGA
- TRAVASOL 10% INYECTABLE
- VARUBI 90 MG TABLETAS
- ZORTRESS 0,5 MG TABLETAS
- ZORTRESS 1 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Para hacer la determinación, es posible que haya que presentar información que describa el uso del medicamento y las condiciones establecidas.
Criterio de exclusión	N/C

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Información médica requerida	N/C
Restricciones de edad	N/C
Restricción del profesional que receta	N/C
Duración de la cobertura	N/C
Otros criterios	N/C

Productos afectados

—NATPARA 100 MCG CARTUCHO
 —NATPARA 50 MCG CARTUCHO

—NATPARA 25 MCG CARTUCHO
 —NATPARA 75 MCG CARTUCHO

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un endocrinólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NERLYNX 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NEXAVAR 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- NINLARO 2,3 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- NINLARO 4 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- NINLARO 3 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NORTHERA 100 MG CÁPSULAS
 —NORTHERA 300 MG CÁPSULAS

—NORTHERA 200 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- NOXAFIL 100 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN RETARDADA —NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSIÓN
 —*posaconazole 100 mg tabletas de liberación retardada*

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico especialista en enfermedades infecciosas o especialista en neumología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NUBEQA 300 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración (nmCRPC), se requiere fracaso o intolerancia a la apalutamida (Erleada).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o urólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NUCALA 100 MG INYECTABLE
 —NUCALA 100 MG/ML JERINGA

—NUCALA 100 MG/ML JERINGA PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para diagnóstico de asma: Recuento de eosinófilos en sangre periférica mayor o igual a 150 células por microlitro. Antecedentes de 2 o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados en dosis altas más un controlador adicional. Se hace una excepción para pacientes con intolerancia o contraindicación a corticosteroides inhalados en dosis altas y controlador(es) adicional(es). Para la granulomatosis eosinofílica con poliangiítis (GEPa), se requiere confirmación del diagnóstico.
Restricciones de edad	Para diagnóstico de asma grave: El miembro debe ser mayor de 6 años. Para el diagnóstico de granulomatosis eosinofílica con poliangiítis (EGPA): El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en alergia, inmunólogo, especialista pulmonar o reumatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NUEDEXTA 20-10 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de la condición neurológica estructural como la causa del afecto pseudobulbar Y la gravedad de la enfermedad demostrada por un puntaje de 13 o más en el Centro de Escala de Labilidad del Estudio Neurológico (CNS-LS).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	El miembro probó sin éxito un ISRS.

Productos afectados

—NUPLAZID 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—NUPLAZID 34 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—armodafinilo 150 mg tabletas
 —armodafinilo 250 mg tabletas
 —modafinilo 100 mg tabletas

—armodafinilo 200 mg tabletas
 —armodafinilo 50 mg tabletas
 —modafinilo 200 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico de narcolepsia O síndrome de apnea obstructiva del sueño/hipopnea O trastorno del sueño por turnos de trabajo.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—NUZYRA 150 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por 1 mes sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—OCALIVA 10 MG TABLETAS

—OCALIVA 5 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hepatólogo o gastroenterólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Para su uso en el tratamiento de la colangitis biliar primaria de un paciente que ha tenido una respuesta inadecuada a un año de terapia con ursodiol o ha experimentado intolerancia al ursodiol.

Productos afectados

—ODOMZO 200 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o dermatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—OLUMIANT 1 MG TABLETAS

—OLUMIANT 2 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Rinvoq.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—OPSUMIT 10 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un cardiólogo o neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- FENTANILO 0,1 MG TABLETA ORAL
- fentanilo 0,2 mg pastillas*
- fentanilo 0,4 mg pastillas*
- fentanilo 0,6 mg pastillas*
- fentanilo 0,8 mg pastillas*
- fentanilo 1,6 mg pastillas*
- FENTORA 200 MCG TABLETA ORAL
- FENTORA 600 MCG TABLETA ORAL

- FENTANILO 0,2 MG TABLETA ORAL
- FENTANILO 0,4 MG TABLETA ORAL
- FENTANILO 0,6 MG TABLETA ORAL
- FENTANILO 0,8 MG TABLETA ORAL
- fentanilo 1,2 mg pastillas*
- FENTANILO 100 MCG TABLETA ORAL
- FENTORA 400 MCG TABLETA ORAL
- FENTORA 800 MCG TABLETA ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Dolor debido al cáncer y tolerancia a los opioides. Tolerancia documentada a los opioides en el caso de pacientes que toman medicamentos las 24 horas del día que consisten en al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 mcg de fentanilo transdérmico por hora, al menos 30 mg de oxiconona al día, al menos 8 mg de hidromorfona oral al día o una dosis equianalgésica de otro opioide diariamente durante una semana o más.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ORENCIA 125 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 —ORENCIA 50 MG/0,4ML JERINGA

—ORENCIA 125 MG/ML JERINGA
 —ORENCIA 87,5 MG/0,7ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Enbrel, Humira O Rinvoq. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira Y Enbrel. Para la artritis psoriásica: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx u Otezla.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- ORENITRAM 0,125 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- ORENITRAM 1 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- ORENITRAM 5 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

- ORENITRAM 0,25 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA
- ORENITRAM 2,5 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- nitisinona 10 mg cápsulas
- nitisinona 5 mg cápsulas
- ORFADIN 2 MG CÁPSULAS
- ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSIÓN

- nitisinona 2 mg cápsulas
- ORFADIN 10 MG CÁPSULAS
- ORFADIN 20 MG CÁPSULAS
- ORFADIN 5 MG CÁPSULAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ORILISSA 150 MG TABLETAS

—ORILISSA 200 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro probó sin éxito o tiene intolerancia a un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) Y un anticonceptivo hormonal.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un obstetra/ginecólogo o especialista en salud de la mujer/salud reproductiva.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	El miembro no tiene osteoporosis conocida.

Productos afectados

—ORKAMBI 100-125 MG PAQUETE DE GRÁNULOS
 —ORKAMBI 188-150 MG PAQUETE DE GRÁNULOS

—ORKAMBI 100-125 MG TABLETAS
 —ORKAMBI 200-125 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) Función pulmonar (FEV1, ppFEV1), 2) IMC, 3) Historial de exacerbación pulmonar que se recopilará inicialmente y en la continuación.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobación inicial y de continuación de 6 meses para evaluar la información médica requerida.
Otros criterios	

Productos afectados

—OSPHENA 60 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o fracaso del tratamiento con crema vaginal genérica de estradiol y CREMA VAGINAL PREMARIN.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—OTEZLA KIT DE INICIO PARA 28 DÍAS

—OTEZLA 30 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para las úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet: La prueba de triamcinolona tópica al 0,1% en pasta oral fue ineficaz, no tolerada o estuvo contraindicada. Para la artritis psoriásica se requiere intolerancia o fracaso de la terapia con metotrexato (al menos 20 mg/semana). Para la psoriasis en placas: Fracaso o intolerancia al metotrexato a una dosis de 15 mg/semana o fracaso o intolerancia al soriatano.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para las úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la artritis psoriásica: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la psoriasis en placas: Prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Para las úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet: Diagnóstico confirmado por la presencia de úlceras orales Y al menos dos de los siguientes: ulceración genital recurrente, lesiones oculares, lesiones cutáneas, prueba de patergia positiva.

Productos afectados

— OXBRYTA 500 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1. La prueba de la dosis de hidroxurea máxima tolerada fue ineficaz, no tolerada o contraindicada. 2. El miembro ha tenido al menos 1 crisis vasooclusiva en los 12 meses anteriores, mientras tomaba hidroxurea (si corresponde). 3. Si el médico es un hematólogo en un centro de excelencia en células falciformes, se pueden omitir los criterios 1 y 2 (se proporciona documentación del nombre del centro de excelencia).
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—OXERVATE 0,002% SOLUCIÓN OFTALMOLÓGICA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El ojo a tratar nunca ha sido tratado con Oxervate en el pasado.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un oftalmólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por 3 meses sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–PALYNZIQ 10 MG/0,5 ML JERINGA
 –PALYNZIQ 2,5 MG/0,5 ML JERINGA

–PALYNZIQ 20 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	El miembro tiene 18 años de edad o más.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico genetista o médico especialista en metabolismo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—PRALUENTE 150 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 —REPATHA 120 MG/ML CARTUCHO
 —REPATHA 140 MG/ML JERINGA

—PRALUENTE 75 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 —REPATHA 140 MG/ML JERINGA PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para iniciar el tratamiento, el paciente debe: A) Tener una de las siguientes condiciones: 1) enfermedad cardiovascular aterosclerótica (CAP) clínica previa (ver otros criterios), 2) hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) (ver otros criterios) 3) hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH) (ver otros criterios) o 4) hiperlipidemia primaria distinta de HeFH y HoFH (ver otros criterios) Y B) El nivel actual de LDL-C es superior a 100 mg/dL o superior a 70 mg/dL con diabetes, y se cumple uno de los siguientes requisitos: 1) el paciente ha sido tratado durante 8 semanas o más con una estatina de alta intensidad (atorvastatina 40 mg o más o rosuvastatina 20 mg o más), O 2) el paciente es intolerante a las estatinas demostrado por el fracaso de 2 estatinas, incluido un intento con una dosis baja - o estatinas dosificadas alternativamente (dos veces por semana a dosis bajas de rosuvastatina o atorvastatina, pitavastatina o pravastatina de baja intensidad). Criterio B) no requerido para HoFH. Para la continuación de la terapia, el paciente debe: A) tener una de las siguientes condiciones: 1) CAP clínica previa (ver otros criterios), 2) HeFH (ver otros criterios), 3) HoFH (ver otros criterios), o 4) hiperlipidemia primaria distinta de HeFH y HoFH (ver otros criterios) Y B) el miembro tenía una reducción de 10% o más de LDL-C en la terapia con inhibidores de PCSK9.</p>
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Otros criterios	<p>La CAP clínica se define como síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, angina estable o inestable, procedimiento de revascularización arterial coronaria o de otro tipo, accidente cerebrovascular previo o ataque isquémico transitorio o enfermedad arterial periférica de presunto origen aterosclerótico. El diagnóstico de HeFH debe ser confirmado por uno de los siguientes: 1) Evidencia de mutación basada en el ADN en la mutación de ganancia de función LDLR, Apo B, O PCSK9, 2) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y xantomas de tendón en paciente o pariente de primer/segundo grado, 3) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y un pariente de primer grado menor de 60 años o un pariente de segundo grado menor de 50 años de edad con enfermedad cardíaca prematura, O 4) LDL-C sin tratar superior a 190 mg/dl Y un pariente de primer o segundo grado con colesterol total superior a 290 mg/dL.</p> <p>Diagnóstico de HoFH confirmado por lo siguiente: 1) dos padres diagnosticados con HeFH O confirmación genética de la mutación en el gen del receptor LDL, Y 2) colesterol total sin tratar superior a 290 mg/dL o LDL-C superior a 190 mg/dL, Y 3) xantomas presentes a los 10 años de edad o menos O aterosclerosis a los 20 años de edad o menos.</p> <p>El diagnóstico de hiperlipidemia primaria (que no sea HeFH ni HoFH) incorpora documentación del diagnóstico que puede incluir, entre otras, las siguientes enfermedades: hiperquilomicronemia familiar o síndrome de Buerger-Gruetz, hiperlipidemia combinada familiar, disbetalipoproteinemia familiar, trigliceridemia familiar, hipertrigliceridemia endógena.</p>

Productos afectados

—PEMAZYRE 13,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—PEMAZYRE 4,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—PEMAZYRE 9 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de fusión de FGFR2 u otro reordenamiento, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–PIQRAY 200 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA
 (solo nuevos inicios)

–PIQRAY 250 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA
 (solo nuevos inicios)

–PIQRAY 300 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA 150 MG
 (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Documentación de HR +/-HER2- y mutación PIK3CA: Utilizado en combinación con fulvestrant: Se usa después de la progresión en o después de una terapia endocrina.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un hematólogo u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- POMALYST 1 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- POMALYST 3 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- POMALYST 2 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- POMALYST 4 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- LOKELMA 10 G PAQUETE
- VELTASSA 16,8 G POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- VELTASSA 8,4 G POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

- LOKELMA 5 G PAQUETE
- VELTASSA 25,2 G POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente tiene un nivel basal de potasio persistente mayor a 5,0 mmol/L.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un nefrólogo, cardiólogo o endocrinólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—PREVYMIS 240 MG TABLETAS

—PREVYMIS 480 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—CRINONE 4% GEL VAGINAL

—CRINONE 8% GEL VAGINAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—PROLIA 60 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para osteoporosis: La prueba de un bisfosfonato oral no fue tolerada.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- PROMACTA 12,5 MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PROMACTA 25 MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PROMACTA 50 MG TABLETAS

- PROMACTA 12,5 MG TABLETAS
- PROMACTA 25 MG TABLETAS
- PROMACTA 75 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—QBRELIS 1 MG/ML SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	La aprobación requiere la certificación de la incapacidad del paciente para tragar formas sólidas de lisinopril.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–QINLOCK 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–RAVICTI 1,1 G/ML SOLUCI3N ORAL

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Requiere prueba de polvo de fenilbutirato de sodio.
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un m3dico especialista en metabolismo o un m3dico genetista.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—RELISTOR 12 MG/0,6 ML INYECTABLE
 —RELISTOR 8 MG/0,4 ML JERINGA

—RELISTOR 12 MG/0,6 ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en adultos con enfermedad avanzada que reciben cuidados paliativos cuando la respuesta a la terapia laxante no ha sido suficiente, el miembro debe haber probado sin éxito la lactulosa.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por 4 meses, sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—RETEVMO 40 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—RETEVMO 80 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación en el gen RET o fusión del gen RET.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—sildenafil 20 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- REVLIMID 10 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)
- REVLIMID 20 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)
- REVLIMID 25 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)

- REVLIMID 15 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)
- REVLIMID 2,5 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)
- REVLIMID 5 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo o hemat3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- REXULTI 0,25 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- REXULTI 1 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- REXULTI 3 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- REXULTI 0,5 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- REXULTI 2 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- REXULTI 4 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la esquizofrenia, el paciente probó sin éxito o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona. Para el trastorno depresivo mayor, el paciente ha probado sin éxito o resultó ser intolerante al aripiprazol.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—RINVOQ 15 MG ER TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide moderada a grave: Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 20 mg/semana.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–ROZLYTREK 100 MG CÁPULAS (sólo nuevos inicios)

–ROZLYTREK 200 MG CÁPULAS (sólo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Crterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Se requiere documentaci3n del reordenamiento del gen ROS1 o de la mutaci3n de fusi3n de genes NTRK.
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- RUBRACA 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- RUBRACA 300 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- RUBRACA 250 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—RUZURGI 10 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Diagnóstico del síndrome miasténico de Lambert-Eaton (SMLE) confirmado por uno de los siguientes: Presencia de anticuerpos contra canales de calcio dependientes de voltaje O resultados de pruebas electrofisiológicas combinadas de potencial de acción muscular consistentes con SMLE.

Productos afectados

—RYDAPT 25 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– vigabatrina 50 mg/ml solución oral (solo nuevos inicios)
 – vigadrone 500 mg solución oral (solo nuevos inicios)

– vigabatrina 500 mg tabletas (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- SAPHRIS 10 MG SL TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SAPHRIS 5 MG SL TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SECUADO 5,7 MG/PARCHE 24 HORAS (solo nuevos inicios)

- SAPHRIS 2,5 MG SL TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SECUADO 3,8 MG/PARCHE 24 HORAS (solo nuevos inicios)
- SECUADO 7,6 MG/PARCHE 24 HORAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha probado sin éxito o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–SIGNIFOR 0,3 MG/ML INYECTABLE
 –SIGNIFOR 0,9 MG/ML INYECTABLE

–SIGNIFOR 0,6 MG/ML INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Prescrito para el tratamiento de un paciente adulto con enfermedad de Cushing Y la cirugía hipofisaria no es una opción O la cirugía hipofisaria no fue curativa.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un endocrinólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– SIMPONI 100 MG/ML JERINGA PRECARGADA
 – SIMPONI 50 MG/0,5ML JERINGA PRECARGADA

– SIMPONI 100 MG/ML INYECTABLE
 – SIMPONI 50 MG/0,5 ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Rinvoq. Para la espondilitis anquilosante (EA): Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Cosentyx. Para la artritis psoriásica: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx u Otezla. Para la colitis ulcerosa: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la colitis ulcerosa: Prescrito por, o en consulta con un especialista en gastroenterología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–SIRTURO 100 MG TABLETAS

–SIRTURO 20 MG TABLETAS

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SIVEXTRO 200 MG INYECTABLE

—SIVEXTRO 200 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SKYRIZI 150 MG JERINGA CON DOSIS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Requiere fracaso o intolerancia a la terapia con metotrexato a una dosis de al menos 15 mg/semana O Soriatane.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por, o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—diclofenaco sódico 3% gel

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SOLQUA 100 UNIDADES - 0,033 MG/ML JERINGA PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Uno de los siguientes: El miembro no puede lograr un A1c de 7 o menos después de tres (3) meses de tratamiento con uno de los siguientes: i) un agonista del receptor GLP-1 en dosis máxima O ii) insulina basal mayor o igual a treinta (30) unidades por día: O B) el miembro está utilizando actualmente tanto insulina basal como un agonista del receptor GLP-1.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–SOMAVERT 10 MG INYECTABLE
 –SOMAVERT 20 MG INYECTABLE
 –SOMAVERT 30 MG INYECTABLE

–SOMAVERT 15 MG INYECTABLE
 –SOMAVERT 25 MG INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un endocrinólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- SPRITAM 1000 MG COMPRIMIDOS
 BUCODISPERSABLES (solo nuevos inicios)
- SPRITAM 500 MG COMPRIMIDOS
 BUCODISPERSABLES (solo nuevos inicios)

- SPRITAM 250 MG COMPRIMIDOS
 BUCODISPERSABLES (solo nuevos inicios)
- SPRITAM 750 MG COMPRIMIDOS
 BUCODISPERSABLES (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro debe tener una prueba o contraindicación para levetiracetam genérico.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- SPRYCEL 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 20 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 70 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- SPRYCEL 140 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- SPRYCEL 80 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–STELARA 45 MG/0,5 ML INYECTABLE

–STELARA 45 MG/0,5 ML JERINGA

–STELARA 90 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis psoriásica: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx u Otezla. Para la psoriasis en placas: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx, Skyrizi u Otezla. Para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis psoriásica: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa: Prescrito por, o en consulta con un especialista en gastroenterología. Para la psoriasis en placas: Prescrito por o en consulta con un especialista en dermatología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—STIVARGA 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SUCRAID 8500 UNIDADES/ML SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SUNOSI 150 MG TABLETAS

—SUNOSI 75 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Fracaso o intolerancia a uno de los siguientes: modafinilo o armodafinilo.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo, neumólogo o médico especialista en trastornos del sueño.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Documentación del polisomnograma nocturno completo utilizado para confirmar el diagnóstico.

Productos afectados

- SUTENT 12,5 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- SUTENT 37,5 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- SUTENT 25 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- SUTENT 50 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—SYMDEKO TABLETAS PAQUETE PARA 4 SEMANAS

—SYMDEKO 50-75 MG PAQUETE DE 75 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–SYMPROIC 0,2 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—clovique 250 mg cápsulas

—trientina 250 mg tabletas

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TABRECTA 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—TABRECTA 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación “MET exon 14 skipping”.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TAFINLAR 50 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—TAFINLAR 75 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TAGRISSO 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—TAGRISSO 80 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TALZENNA 0,25 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—TALZENNA 1 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—erlotinib 100 mg tabletas (solo nuevos inicios)

—erlotinib 150 mg tabletas (solo nuevos inicios)

—erlotinib 25 mg tabletas (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–*bexaroteno 75 mg cápsulas (solo nuevos inicios)*

–TARGRETIN 1% GEL (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo o dermat3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- TASIGNA 150 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- TASIGNA 50 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- TASIGNA 200 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TAVALISSE 100 MG TABLETAS

–TAVALISSE 150 MG TABLETAS

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un hemat3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TAZVERIK 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TEGSEDI 189 MG/ML JERINGA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por un neurólogo, cardiólogo, hematólogo u otro especialista con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Amiloidosis hereditaria mediada por transtiretina confirmada por secuenciación del genoma Y amiloidosis confirmada por biopsia de tejido positiva o espectrometría de masas en tándem por láser.

Productos afectados

—tetrabenazina 12,5 mg tabletas

—tetrabenazina 25 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente tiene corea debido a la enfermedad de Huntington.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- THALOMID 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- THALOMID 200 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- THALOMID 150 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- THALOMID 50 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TIBSOVO 250 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TOBI PODHALER 28 MG PAQUETE

–*tobramicina 60 mg/ml solución para inhalar*

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico especialista en enfermedades infecciosas o especialista en neumología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	La aprobación se basará en la determinación de cobertura BvD.

Productos afectados

- AMCINONIDA 0,1% CREMA
- baser* 0,05% loci3n
- propionato de clobetasol* 0,05% espuma
- desonida* 0,05% loci3n
- tovet* 0,05% espuma

- AMCINONIDA 0,1% POMADA
- valerato de betametasona* 0,12% espuma
- desonida* 0,05% crema
- propionato de fluticasona* 0,05% loci3n

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Requiere la prueba de dos esteroides t3picos del formulario.
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—MULPLETA 3 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene un recuento de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50.000 plaquetas por microlitro.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por 1 mes sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–bosentán 125 mg tabletas

–bosentán 62,5 mg tabletas

–TRACLEER 32 MG TABLETAS PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG PAQUETE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- QUDEXY 100 MG XR CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- QUDEXY 200 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- QUDEXY 50 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 150 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 25 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TROKENDI 100 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TROKENDI 25 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- QUDEXY 150 MG XR CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- QUDEXY 25 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 100 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 200 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TOPIRAMATE 50 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TROKENDI 200 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)
- TROKENDI 50 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente probó sin éxito el topiramato (TOPAMAX) Y el paciente tiene un diagnóstico de convulsiones parciales, convulsiones tónicoclónicas generalizadas primarias o convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut O lo está usando para profilaxis de migraña.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TUKYSA 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

–TUKYSA 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—TURALIO 200 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–TYKERB 250 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Tykerb se prescribe en combinación con capecitabina (Xeloda) Y el paciente tiene cáncer de mama avanzado o metastásico con sobreexpresión tumoral de HER2 Y ha recibido tratamiento previo que incluye una antraciclina y un taxano y trastumab. Tykerb se prescribe en combinación con letrozol para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama metastásico positivo para receptores hormonales con sobreexpresión del receptor HER2 para el que está indicada la terapia hormonal.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–*budesonida 9 mg tabletas de liberaci3n prolongada*

–UCERIS 2 MG/ESPUMA ACTIVA

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	El paciente tiene colitis ulcerosa activa leve a moderada y ha probado sin 3xito o result3 intolerante a la mesalamina.
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- UPTRAVI PAQUETE PARA AJUSTE DE LA DOSIS
- UPTRAVI 1200 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 1600 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 400 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 800 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 1000 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 1400 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 200 MCG TABLETAS
- UPTRAVI 600 MCG TABLETAS

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estn excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusin	
Informacin mdica requerida	Diagnstico confirmado por cateterismo cardaco derecho.
Restricciones de edad	
Restriccin del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumlogo o cardlogo.
Duracin de la cobertura	Aprobado por la duracin del ao del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– VALCHLOR 0,016% GEL (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha recibido terapia previa en la piel, tal como los esteroides tópicos.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o dermatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- VENCLEXTA 10 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- VENCLEXTA 10/100/50 MG PAQUETE DE INICIO (solo nuevos inicios)

- VENCLEXTA 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- VENCLEXTA 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

— VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUCIÓN PARA INHALAR

— VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUCIÓN PARA INHALAR

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neumólogo o cardiólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- VERZENIO 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- VERZENIO 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- VERZENIO 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- VERZENIO 50 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- VITRAKVI 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- VITRAKVI 25 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- VITRAKVI 20 MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se requiere documentación de la mutación de fusión de genes NTRK.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- VIZIMPRO 15 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)
- VIZIMPRO 45 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

- VIZIMPRO 30 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– voriconazol 200 mg inyectable
 – voriconazol 40 mg/ml suspensión

– voriconazol 200 mg tabletas
 – voriconazol 50 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico de enfermedades infecciosas u oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por 6 meses sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– VOSEVI 400-100-100 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) El paciente es diagnosticado con infección crónica por VHC (más de 6 meses) con el genotipo indicado 2) Título actual de ARN-VHC 3) Documentación de que el miembro tiene o no cirrosis 4) Tratamientos previos contra la hepatitis C.
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un gastroenterólogo, hepatólogo, médico especialista en enfermedades infecciosas o médico especialista en trasplantes.
Duración de la cobertura	Duración de la cobertura de 12 semanas.
Otros criterios	El régimen de tratamiento se aprobará sobre la base del genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definido por las pautas actuales de AASLD.

Productos afectados

– VOTRIENT 200 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- VRAYLAR 1,5 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 3 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 6 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

- VRAYLAR 1,5/3 MG PAQUETE MIXTO (solo nuevos inicios)
- VRAYLAR 4,5 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estn excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusin	
Informacin mdica requerida	El paciente ha probado sin xito o fue intolerante a 2 de los siguientes: aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona.
Restricciones de edad	
Restriccin del profesional que receta	
Duracin de la cobertura	Aprobado por la duracin del ao del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

– VYNDAMAX 61 MG CÁPSULAS

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estn excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusin	
Informacin mdica requerida	<p>A) Diagnstico confirmado por uno de los siguientes: i) biopsia cardíaca con tincin positiva de rojo congo y confirmacin de ATTR por espectrometría de masas o tincin de inmunofluorescencia ii) Captacin miocárdica de Tc-PYP demostrada por una relacin corazn a contralateral mayor de 1,5 o evidencia visual de grado 2 o mayor</p> <p>B) Ausencia de cadena ligera u otras formas de amiloidosis confirmadas por todo lo siguiente: i) Relacin de cadena ligera libre de suero kappa/lambda con una proporcin de 0,26 por 1,65 ii) Ausencia de proteína monoclonal mediante inmunofijacin de proteínas séricas iii) Ausencia de proteína monoclonal mediante inmunofijacin de proteínas en orina.</p>
Restricciones de edad	El miembro debe ser mayor de 18 años.
Restriccin del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un cardiólogo u otro proveedor con experiencia en el tratamiento de la miocardiopatía de la amiloidosis mediada por transtiretina.
Duracin de la cobertura	Aprobado por la duracin del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—WAKIX 17,8 MG TABLETAS

—WAKIX 4,45 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la somnolencia diurna excesiva con narcolepsia: fracaso o intolerancia a ambos: A) sunosi Y B) ya sea modafinilo O armodafinilo.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo, neumólogo o médico especialista en trastornos del sueño.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Documentación del polisomnograma nocturno completo utilizado para confirmar el diagnóstico de narcolepsia.

Productos afectados

—XALKORI 200 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

—XALKORI 250 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XATMEP 2,5 MG/ML SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis idiopática juvenil poliarticular: el paciente debe tener la prueba hecha o no poder usar la tableta oral de metotrexato. Para la leucemia linfoblástica aguda: no se requiere la prueba de la tableta oral de metotrexato.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XELJANZ 10 MG TABLETAS

—XELJANZ 5 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis reumatoide (AR): Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel O Rinvoq. Para la artritis psoriásica: Intolerancia o fracaso de la terapia con 2 de los siguientes: Humira, Enbrel, Cosentyx u Otezla. Para la colitis ulcerosa: Intolerancia o fracaso de la terapia con Humira.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Para la artritis reumatoide o la artritis psoriásica: Prescrito por o en consulta con un especialista en reumatología. Para la colitis ulcerosa: Prescrito por, o en consulta con un especialista en gastroenterología.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XENLETA 600 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas.
Duración de la cobertura	Aprobado por 1 mes sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XGEVA 120 MG/1,7 ML INYECTABLE

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XIFAXAN 550 MG TABLETAS

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Se requiere autorización previa para cantidades superiores a 2 tabletas por día. Para cantidades de 3 tabletas por día, se requiere un diagnóstico de SII-D.

Productos afectados

—XOLAIR 150 MG INYECTABLE

—XOLAIR 150 MG/ML JERINGA PRECARGADA

—XOLAIR 75 MG/0,5 ML JERINGA PRECARGADA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1. En caso de asma persistente moderada a grave: Debe haber evidencia objetiva de obstrucción reversible de las vías respiratorias Y el nivel de IgE del paciente debe estar entre 30 UI/ml y 700 UI/ml (O entre 30 UI/ml y 1.300 UI/ml para miembros de 6 a 12 años), Y el paciente debe tener una prueba cutánea o prueba RAST positiva de sensibilidad alérgica específica y uno de los siguientes: Asma controlada de forma inadecuada a pesar de la administración de dosis medias de corticosteroides inhalados durante al menos 3 meses en combinación con una prueba de agonistas beta inhalados de acción prolongada O un modificador de leucotrienos y esteroides sistémicos O se requieren altas dosis de corticosteroides inhalados para mantener un control adecuado del asma O intolerancia o contraindicación a los medicamentos mencionados anteriormente. 2. Si se trata de urticaria idiopática crónica, el paciente permanece sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínico H1 o tiene intolerancia o contraindicación al tratamiento con antihistamínico H1.
Restricciones de edad	Si se trata de asma persistente moderada a grave, el paciente debe tener al menos 6 años. Si se trata de urticaria idiopática crónica, el paciente debe tener al menos 12 años.
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un especialista en alergia, especialista pulmonar, especialista en dermatología o inmunólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XOSPATA 40 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se requiere documentación de la mutación FLT3.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- XPOVIO 100 MG PAQUETE PARA UNA VEZ A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 40 MG PAQUETE PARA DOS VECES A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 60 MG PAQUETE PARA DOS VECES A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 80 MG PARA DOS VECES A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 40 MG PAQUETE PARA UNA VEZ A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 60 MG PAQUETE PARA UNA VEZ A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)
- XPOVIO 80 MG PAQUETE PARA UNA VEZ A LA SEMANA
 (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Se requiere documentación de terapias previas. Para mieloma múltiple: las terapias previas incluyen al menos 4 terapias, con al menos 2 inhibidores de proteasoma, 2 agentes inmunomoduladores y un anticuerpo monoclonal anti-CD38. Para linfoma difuso de células B grandes: El ensayo de al menos 2 líneas de terapias sistémicas previas.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o hematólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–XTANDI 40 MG CÁPULAS (solo nuevos inicios)

Crterios de autorizaci3n previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no est3n excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusi3n	
Informaci3n m3dica requerida	Para el c3ncer de pr3stata metast3sico resistente a la castraci3n (mCRPC), se requiere fracaso o intolerancia a la abiraterona (equivalente a Zytiga). Para el c3ncer de pr3stata no metast3sico resistente a la castraci3n (nmCRPC), se requiere fracaso o intolerancia a la apalutamida (Erleada).
Restricciones de edad	
Restricci3n del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un onc3logo o ur3logo.
Duraci3n de la cobertura	Aprobado por la duraci3n del a3o del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–XULTOPHY 100 UNIDADES-3,6 MG/ML PLUMA PARA INYECTAR

Crterios de autorizacin previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estn excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusin	
Informacin mdica requerida	El miembro no puede lograr un A1c de 7 o menos despus de tres (3) meses de tratamiento con un agonista del receptor GLP-1 de dosificacin mxima o insulina basal mayor o igual a treinta (30) unidades por da, o el miembro est usando actualmente insulina basal Y un agonista del receptor GLP-1.
Restricciones de edad	
Restriccin del profesional que receta	
Duracin de la cobertura	Aprobado por la duracin del ao del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—XYREM 500 MG/ML SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un neurólogo, neumólogo o médico especialista en trastornos del sueño.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—miglustat 100 mg cápsulas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un médico genetista, hematólogo o médico especialista en metabolismo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ZEJULA 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ZELBORAF 240 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–ZOLINZA 100 MG CÁPSULAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo o dermatólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—ZYDELIG 100 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

—ZYDELIG 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	DIAGNÓSTICO A: El paciente ha sufrido una recaída de la leucemia linfocítica crónica, definida como la progresión de la leucemia linfocítica crónica en menos de 24 meses desde la finalización de la última terapia previa y se usará idelalisib (ZYDELIG) en combinación con rituximab (RITUXAN). DIAGNÓSTICO B y C: El paciente ha tenido una recaída del linfoma no Hodgkin de células B foliculares (FL) O ha sufrido una recaída del linfoma linfocítico pequeño (LLP) Y ha recibido al menos dos (2) terapias sistémicas previas.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

–ZYKADIA 150 MG TABLETAS (solo nuevos inicios)

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	Prescrito por o en consulta con un oncólogo.
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

- ANDRODERM 2 MG/PARCHE 24 HORAS
- TESTOSTERONA 1% BOMBA DE GEL
- *testosterona 1% (50 mg) gel*
- *testosterona 1,62% (1,25 g) gel*

- ANDRODERM 4 MG/PARCHE 24 HORAS
- *testosterona 1% (25 mg) gel*
- *testosterona 1,62% bomba de gel*
- *testosterona 1,62% (2,5 g) gel*

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Dos niveles matinales de testosterona caen por debajo del rango normal para un hombre adulto sano. Para los pacientes que reciben terapia de reemplazo de testosterona, se requiere documentación de al menos un (1) nivel de testosterona en las mañanas de los últimos 12 meses.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

— gliburida 1,25 mg/metformina 250 mg tabletas
 — gliburida 5 mg/metformina 500 mg tabletas

— gliburida 2,5 mg/metformina 500 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	La autorización previa se aplica a pacientes de 65 años o más.
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	Si se prescribe para la diabetes (sulfonilurea), prueba o intolerancia a UNO de los siguientes: glipizida o glimepirida.

Productos afectados

—DOPTELET 40 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA

—DOPTELET 60 MG PAQUETE DE DOSIS DIARIA

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El miembro tiene un recuento de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50.000 plaquetas por microlitro.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	

Productos afectados

—tartrato de zolpidem 10 mg tabletas

—tartrato de zolpidem 5 mg tabletas

Criterios de autorización previa	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Prueba o intolerancia a UNA alternativa al formulario de no alto riesgo: Trazodona o mirtazapina.
Restricciones de edad	
Restricción del profesional que receta	
Duración de la cobertura	Aprobado por la duración del año del contrato sujeto a cambios en el formulario y elegibilidad de los miembros.
Otros criterios	